

Konferencja LINC 2017

Tegoroczna konferencja LINC 2017 odbyła się w nowych pomieszczeniach Lipskiego centrum konferencyjnego z uwagi na znaczny wzrost liczby uczestników, która miała osiągnąć 6 tysięcy. Liczne wykłady były bogato ilustrowane transmisjami na żywo zabiegów z różnych ośrodków na świecie — w sumie można było oglądać prawie 90 zabiegów wykonywanych na żywo, z możliwością interaktywnej dyskusji z uczestnikami zjazdu. Wśród uczestników słyszeć było język polski, jednak jedynie trzy z Polski osoby zasiadały w *faculty* zjazdu. Miałem przyjemność uczestniczyć we wszystkich edycjach tego zjazdu i muszę przyznać, że w tym roku liczba kardiologów była bardzo ograniczona, za to licznie przybyli na konferencję chirurdzy naczyniowi i angiologowie z Polski. To świadczy o tym, że w Polsce zainteresowanie wykonywaniem interwencji na naczyniach obwodowych przez kardiologów zostało skutecznie zablokowane, na skutek nie tylko braku możliwości rozliczania zabiegów wykonanych przez nich samodzielnie, ale również na skutek zmniejszenia wyceny tych świadczeń w ostatnim czasie.

W czasie zjazdu dużym zainteresowaniem cieszyły się nadal sesje dotyczące wyników leczenia chorych ze zwężeniami tętnic szyjnych. W Niemczech wykonuje się ponad 26 tysięcy zabiegów chirurgicznej endarterektomii (CEA), a jedynie 6 tysięcy zabiegów stentowania tętnicy szyjnej (CAS), z czego 20% w trybie pilnym u chorych z przemijającym napadem niedokrwinnym (TIA) lub udarem mózgu. Profesor Storck przypominał, że w ostatnich latach wytyczne leczenia asymptomatycznych zwężeń tętnic szyjnych nie zmieniły się, bowiem nie ma obecnie wyników żadnych dużych badań randomizowanych. Należy poczekać na wyniki badań *Asymptomatic Carotid Surgery Trial 2* (ACST-2) i *Carotid Revascularization and Medical Management for Asymptomatic Carotid Stenosis Trial* (CREST-2), które mogą wnieść nowe informacje na ten temat. Tak więc pozostaje nam przestrzeganie wytycznych lub alternatywnie stosowanie medycyny spersonalizowanej dla każdego chorego, co oznacza podejmowanie decyzji odnośnie chorych, kierując się nie tylko wytycznymi, ale także uwzględniając wszystkie inne czynniki, w tym opinię wielodyscyplinarnego zespołu ekspertów.

Coraz częściej podnosi się, że ryzyko zabiegów rewaskularyzacji tętnic szyjnych u stabilnych chorych (bezobjawowych) może być porównywalne do pozostawiania tych chorych na intensywnym leczeniu farmakologicznym. Wydaje się, że opcja pozostawiania na leczeniu farmakologicznym będzie tak długo podkreślana jako warta rozważenia, jak długo ryzyko rewaskularyzacji tętnic szyjnych w wielu ośrodkach będzie wynosić powyżej 3%. Jednak taka opcja dla

Stanisław Bartuś

Pracownia Hemodynamiki Szpitala
Uniwersyteckiego w Krakowie



chorych nie została poddana badaniom klinicznym w warunkach współczesnej farmakoterapii, nie może być więc w żaden sposób rekomendowana. Zwłaszcza, że opcja leczenia zachowawczego niesie ze sobą ryzyko mikroembolizacji, którego ryzyko również nigdy nie było oszacowane.

Jeżeli więc decydujemy się na wykonanie rewaskularyzacji tętnic szyjnych, musimy również kontrolować wszystkie możliwe czynniki ryzyka odpowiedzialne za progresję miażdżycy. Nawet jeśli chory przebył endarterektomię, to nadal jest pacjentem wysokiego ryzyka ogólnego i wymaga ścisłej opieki ambulatoryjnej. Oznacza to, że u wszystkich chorych musimy stosować intensywną farmakoterapię, niezależnie od tego czy mieli rewaskularyzację, czy zostali zakwalifikowani do leczenia zachowawczego. W populacjach chorych ze skrają niewydolnością nerek, u których spodziewana długość życia nie jest długa należy raczej rekomendować leczenie zachowawcze, bowiem ryzyko udaru okołozabiegowego wynosi powyżej 3%.

Jednocześnie wiele uwagi poświęcono nowym technologiom, które znacznie obniżają ryzyko zabiegów stentowania tętnic szyjnych. Szeroko omawiano nowe generacje stentów pokrytych mikrosiateczką, które znacznie ograniczają nie tylko ryzyko nastąpienia udaru, ale także zmniejszają jego obszar, jeśli już do niego dojdzie. Tu należy podkreślić znaczny wkład, jaki w rozwój tej metody wnieśli prof. Piotr Musiałek i prof. Piotr Pieniążek, co znalazło odzwierciedlenie nie tylko na konferencji LINC, ale także na EuroPCR oraz TCT. Warto rozwijać nowe technologie i uczestniczyć w badaniach nad nowymi urządzeniami, które zmieniają nasze strategie terapeutyczne. Według przedstawionych wstępnych danych, ryzyko udaru mózgu może być praktycznie wyeliminowane, co oczywiście wymaga potwierdzenia w badaniach wieloośrodkowych oraz rejestrach.

Wśród nowych technologii znalazł się także cewnik balonowy do doprężania stentów z zintegrowanym

systemem dodatkowej protekcji mózgu ze znacznie zmniejszonymi oczkami koszyczka. Może to w przyszłości mieć znaczenie dla poprawienia wyników leczenia. Trwają obecnie badania kliniczne nad skutecznością tego urządzenia.

W dalszym ciągu poszukuje się skutecznych rozwiązań dla leczenia najczęstszych przyczyn chromania przestankowego, to jest okluzji tętnicy udowej powierzchownej. Najczęściej stosowanym rozwiązaniem jest obecnie rekanalizacja tej tętnicy metodą *antegrade*, ale coraz częściej stosuje się metodę *retrograde* zarówno z dostępu przez tętnicę udową, ale także przez tętnice piszczelowe. Metody te są również stosowane w Polsce, między innymi w ośrodku krakowskim. Jednak po dokonaniu rekanalizacji naczynia konieczne jest zastosowanie cewników balonowych pokrytych lekiem albo stentów. Mimo znacznego postępu w dziedzinie konstrukcji stentów, nadal nie ma dobrych rozwiązań dla zmian zwapniałych i długich, a więc takich, z jakimi mamy często problem.

Znacznie wzrosła liczba interwencji na obwodowych naczyniach żylnych. Angioplastyka zwężonych żył biodrowych (i nie tylko!) z zastosowaniem stentów stała się standardem leczenia. Warto więc pamiętać, że leczenie żyłaków to nie tylko obliteracja poszerzonych żył. Istnieje także możliwość leczenia przyczynowego, a więc usuwania zwężeń w zakresie żył obwodowych.

Leczenie udaru mózgu nie było szeroko omawiane, najpewniej z uwagi na liczne konflikty interesów i niechęć środowiska neurologicznego do tego typu prezentacji na konferencji przeznaczonej dla interwencionistów. Jednak podczas jednej z sesji podkreślono udział kardiologów i sieci zawałowej w leczeniu udaru mózgu w Czechach. Wydaje się, iż tego typu inicjatywy powinny być szerzej nagłaśniane, zwłaszcza w Polsce, gdzie sieć leczenia zawału serca jest dobrze rozwinięta i w wybranych ośrodkach mogłaby być wykorzystana do leczenia pacjentów z ostrym udarem mózgu we współpracy z ośrodkami neurologicznymi oraz radiologicznymi.

Włączenie kardiologów do leczenia miażdżycy naczyń obwodowych, zdaniem jednego z liderów środowiska angiologicznego w Polsce, „jest przyszłością angiologii”. Jednak obecnie jest to tylko teoria, bo w praktyce zarówno angiolodzy, jak i chirurdzy naczyniowi oraz radiolodzy widzą jedynie zagrożenie swoich interesów ze strony polskich kardiologów i nie chcą się zgodzić, aby kardiolodzy ponownie mogli wykonywać ten rodzaj interwencji.